

आवक क्र.

प्रभाग -

पिंपरी चिंचवड महानगरपालिका, पिंपरी - ४११०१८

नागरवस्ती विकास योजना विभाग

“दिव्यांग कल्याणकारी योजना”

“ कुष्ठपिडीत व्यक्तींना अर्थसहाय्य”

## \* हयातीचे प्रमाणपत्र \*

.....  
प्रमाणित करण्यात येते की, पिंपरी चिंचवड महानगरपालिकेच्या “दिव्यांग कल्याणकारी योजने” अंतर्गत मनपा हद्दीतील “ कुष्ठपिडीत व्यक्तींना अर्थसहाय्य” या योजने अंतर्गत -  
(मतिमंद लाभार्थीचे नाव) श्री./श्रीमती .....

..... वय .....

राहणार (पत्ता) .....

यांना सन २० - २० करिता अर्थसहाय्य मंजूर झाले असून त्यांना मी पाहिले आहे. ते आज रोजी हयात आहेत.

उपरोक्त घोषणापत्र सत्य असून माझ्या माहितीनुसार विश्वासाह आहे.

ठिकाण :

लाभार्थीस ओळखणाऱ्या

दिनांक :

नगरसदस्य / नगरसदस्या

पालकांचा मो. क्रमांक :

यांचे नाव, सही व शिक्का

(कृपया : मागील पानावरील माहिती भरावी.)

(अर्जदाराची सही)

(सूचना - खालील सर्व माहिती इंग्रजी - CAPITAL LETTERS मध्ये सुस्पष्ट अक्षरात व पूर्ण द्यावी.)

पिंपरी चिंचवड महानगरपालिका, नागरवस्ती विकास योजना विभाग, पिंपरी - ४११०१८

**-: ECS FORM :-**

ईसीएस (ECS FORM) एन.ई.एफ.टी. (NEFT) द्वारे प्रदाने प्राप्त करण्यासाठीचा तपशील

- \* खातेदाराचे नाव : .....
- .....
- \* खातेधारकाचा पत्ता : .....
- \* बँक खाते क्र.(Account No.) : .....
- \* बँकेचे नाव (Bank Name) : .....
- \* बँके शाखेचे नाव व पत्ता (Branch Name & Address) : .....
- \* बँक शाखेचा संकेतांक (Branch Code No.) : .....
- \* एम.आय.सी.आर संकेतांक (MICR No.) : .....
- \* आय.एफ.एस.सी संकेतांक (I F S C No.) : .....

दिनांक :

अर्जदाराचे नाव व सही

बँकेचे प्रमाणपत्र

प्रमाणित करण्यात येते की, वरील माहिती मी तपासून पाहिली असून ती योग्य आहे.

शाखा प्रमुख

टिप : सोबत बँक पासबुकची प्रत जोडणे आवश्यक.